



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

**Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de
trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de
secundaria de una institución educativa estatal, Los
Olivos 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR

Humberto Paolo SALAS RAMOS

ASESOR

Ivonne Isabel BERNUI LEO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Salas H. Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Nutrición; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Nutrición



ACTA DE EXAMEN DE TITULACIÓN
MODALIDAD DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el artículo 45 de la Ley Universitaria 30220, el Jurado de Sustentación nombrado por el Comité de Gestión y la Dirección de la Escuela Profesional de Nutrición, conformado por los siguientes Docentes:

S/R
39
Presidente: Mg. Gladys Nerella Panduro Vasquez

Miembros: Lic. Patricia Maria Del Pilar Vega Gonzales.
Mg. Sissy Liliana Espinoza Bernardo.

Asesora: Mg. Ivonne Isabel Bernui Leo.

se reunió en la ciudad de Lima, el día miércoles 20 de diciembre del 2017, para proceder a evaluar la **Sustentación de Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición**, al bachiller:

HUMBERTO PAOLO SALAS RAMOS

Código de Matricula N° 10010475

Tesis: «RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL, LOS OLIVOS 2015» (aprobado con R.D. N°2581-D-FM-2015) el mencionado bachiller aprueba el examen, obteniendo la calificación de:

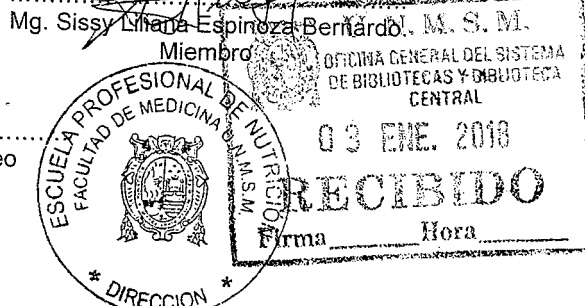
..... Diecisiete (en letras)

Estando de acuerdo con la presente acta, el Jurado de Sustentación firma en señal de conformidad.

Mg. Gladys Nerella Panduro Vasquez.
Presidente

Lic. Patricia Maria Del Pilar Vega Gonzales
Miembro

Mg. Ivonne Isabel Bernui Leo
Asesora



DHDP/Evefyn

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todo aquello que me ha dado, Su gracia, Su amor, Su salvación.

A mi familia, en especial a mis padres Humberto Jesús y Flor de María por su cuidado, ejemplo y apoyo; por estar siempre a mi lado.

A Lucero Rivas por su amor y ánimo constante.

A mi asesora Mg. Ivonne Bernui por su paciencia y confianza en mi persona para llevar a cabo la realización de la presente Tesis.

A todas aquellas personas que formaron parte, directa o indirectamente, de esta etapa universitaria junto conmigo; en especial a las promociones ingresantes 2010 y 2012.

***“Todo tiene su tiempo, todo lo que sucede bajo el cielo tiene su hora”
Eclesiastés 3:1***

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo general	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
III. METODOLOGÍA	10
3.1 Tipo de Investigación.....	10
3.2 Población	10
3.3 Muestra	10
3.4 Definición Operacional de Variables.....	11
3.5 Técnicas e Instrumentos	13
3.6 Plan de Procedimientos.....	14
3.7 Análisis de Datos.....	14
3.8 Consideraciones Éticas	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	28
VII. RECOMENDACIONES	29
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
IX. ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1: Características según sexo de los en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	16
Tabla 2: Número y Porcentaje de Hábitos Alimentarios según sexo en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	19
Tabla 3: Número y Porcentaje de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria según sexo en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015.....	20

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: Hábitos alimentarios según sus dimensiones en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015.....	17
Gráfico 2: Principales prácticas dietéticas inadecuadas para bajar de peso en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	18
Gráfico 3: Porcentaje de alimentos según el consumo de los adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	18
Gráfico 4: Porcentaje de tiempos de comidas omitidos durante el día en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015.....	19
Gráfico 5: Conductas asociadas a TCA según dimensiones en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	20
Gráfico 6: Hábitos Alimentarios y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015	21

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1: Formato de consentimiento informado.....	36
Anexo 2: Cuestionario de hábitos alimentarios	37
Anexo 3: Formato de frecuencia de consumo de alimentos	38
Anexo 4: Inventario sobre trastornos alimentarios.....	39

RESUMEN

Introducción: Los hábitos alimentarios nacen en la familia, se refuerzan en la escuela, sin embargo, muchas veces en la adolescencia, estos pueden verse alterados negativamente como una forma de independencia y rebeldía. Así, los adolescentes se convierten en un grupo vulnerable a sufrir trastornos de la alimentación. **Objetivo:** Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal de Los Olivos – Lima. **Participantes:** 104 adolescentes hombres y mujeres de 13 a 18 años, estudiantes del 3°, 4° y 5° grado de secundaria. **Intervenciones:** Se aplicó un cuestionario de hábitos alimentarios validado y una frecuencia de consumo de alimentos. Así como el Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA). Se realizó la prueba no paramétrica de razón de verosimilitudes con un nivel de confianza del 95%. **Principales medidas de resultados:** Hábitos alimentarios y prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. **Resultados:** El 72.1% (n=75) de los escolares adolescentes presentó tener hábitos alimentarios inadecuados. Un 20.2% (n=21) obtuvo una calificación de riesgo de trastorno alimentario. Se encontró relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($p=0.011$). **Conclusiones:** Se encontró relación entre los hábitos alimentarios y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Lo cual evidencia la necesidad de implementar programas de educación sobre la importancia de la alimentación para una vida sana.

Palabras clave: Hábitos Alimentarios, Riesgo de Trastorno Alimentario, Adolescentes, Escolares

ABSTRACT

Introduction: The alimentary habits are born in the family, they are reinforced in the school, nevertheless, many times in the adolescence, these can be altered negatively as a form of independence and rebellion. Thus, adolescents become a vulnerable group to suffer from eating disorders. **Objective:** To determine the relationship between eating habits and the risk of eating disorders in high school adolescents of a state educational institution in Los Olivos – Lima. **Participants:** 104 male and female adolescents 13 to 18 years, students of 3rd, 4th and 5th grade secondary. **Interventions:** A previously validated eating habits questionnaire was applied to determine the habits of adolescent schoolchildren and a frequency of food consumption to identify the food groups they consume. To estimate the risk of eating disorder, the Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA) was applied. The non-parametric likelihood ratio test was used to determine the relationship between eating habits and the risk of eating behavior disorder with a confidence level of 95%. **Main measures of results:** Food habits and prevalence of risk of eating disorders. **Results:** 72.1% (n=75) of adolescent schoolchildren presented with inadequate eating habits. A 20.2% (n=21) obtained an eating disorder risk score. A statistically significant relationship was found between eating habits and risk of eating disorders ($p=0.011$). **Conclusions:** A relationship was found between eating habits and risk of eating disorders. This shows the need to implement education programs on the importance of food for a healthy life.

Keywords: Eating Habits, Risk of feeding and eating disorders, Adolescents, School children

I. INTRODUCCIÓN

La población estudiantil adolescente representa un grupo de importancia para la sociedad, pues ellos constituyen los futuros líderes y la fuerza social de los próximos años para el país. Al mismo tiempo, los adolescentes representan un grupo vulnerable debido a su edad y al proceso de maduración física y emocional propia de esta etapa. La literatura al respecto muestra que la mayor parte de las consecuencias que afectan a los estudiantes sometidos a estrés son de carácter psicológico, entre ellas están la ansiedad, depresión y problemas de aprendizaje; pero también sufren afecciones de tipo somático como quejas físicas, alteraciones cutáneas y gastrointestinales. El sentido de autoafirmación personal, sumado al estrés, cambios de ánimo, la privacidad o aislamiento y restricciones alimentarias son conductas desencadenantes de desórdenes en su estilo de vida¹.

En este grupo etario se observa que uno de los factores que determina la cantidad de alimentos consumidos es la autopercepción de su imagen corporal, pues son los adolescentes quienes buscan mantener un estereotipo que vaya acorde con la sociedad y cultura actuales que les permita ser socialmente aceptados. Sin embargo, no es el único factor, además el nivel socioeconómico familiar, las prácticas dietéticas-deportivas y las relaciones entre los grupos familiares o de iguales también influyen en el tipo de alimentación de los adolescentes².

En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce a la alimentación adecuada como un instrumento de protección y prevención de enfermedades; además la adolescencia es una etapa clave para la instauración de hábitos alimentarios saludables ya que en este periodo se asientan las bases para la alimentación adulta³. Hoy en día es muy común que el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales sean sustituidos por comidas rápidas (fast-food o chatarra) y alimentos hipercalóricos que, además se suelen consumir en grandes cantidades, lo que provocaría problemas que afectan la salud como son las enfermedades crónicas no transmisibles^{4,5}.

La sociedad sufre un cambio notable en sus hábitos alimentarios como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Por ejemplo, los horarios se acondicionan a las necesidades de cada uno, razón por la cual las familias suelen almorzar y cenar por separado, siendo además dichos horarios totalmente irregulares⁶.

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático⁷.

Estos hábitos responden, fundamentalmente, a la disponibilidad de alimentos y la elección final determina el perfil de la dieta. Los hábitos nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con las otras personas y con el medio social. La alimentación es una necesidad fisiológica requerida para la vida que tiene una importante dimensión social y cultural. Comer está vinculado por un lado a saciar el hambre (para vivir) y por otro al buen gusto, y la combinación de ambos factores puede llegar a generar placer. En el acto de comer entran en juego los sentidos (unos de forma evidente, vista, olfato, gusto y tacto) y, por último, el oído puede intervenir al recibir mensajes publicitarios, los cuales inciden en la elección de las personas sobre los alimentos que consume⁶.

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, la escuela y los medios de comunicación. Sin embargo, estos hábitos se han ido modificando por diferentes factores como la situación económica, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad de los padres. Por su parte, la publicidad tiene influencia en los hábitos alimentarios, promoviendo un consumo alimentario no saludable⁸.

En nuestra sociedad se produce una enorme tensión causada por tres tipos de mensajes contradictorios, en relación con la estructura corporal: Mensaje médico, mensajes estéticos y mensajes gastronómicos. La abundancia de alimentos, algunos muy atractivos, junto con el erróneo concepto de tener que ser delgado para ser aceptado, crea situaciones internas muy conflictivas que

conducen a personas predispuestas (la adolescencia y juventud son periodos críticos) a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario⁹.

El aspecto físico de los adolescentes es uno de los temas que más genera preocupación en ellos mismos, por ello es que el estudio de los trastornos de conducta alimentaria ha ido en aumento en estos últimos años. Existe evidencia que muestra la relación entre el comportamiento desordenado de hábitos alimentarios y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en los estudiantes.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de alteraciones en la conducta caracterizadas por una serie de actitudes o prácticas relacionadas con la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Este tipo de trastornos son de carácter psicológico y alimentario. Estos trastornos alimentarios se clasifican en tres: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no específicos (TANE)¹⁰.

El inicio del cuadro clínico coincide con la adolescencia en un 80% de los casos, y ocurre habitualmente entre los 10 a 30 años; a partir de los 13 años, la frecuencia se incrementa rápidamente hasta una máxima frecuencia de comienzo a los 17 o 18 años. Estos trastornos solían presentarse en mujeres principalmente, sin embargo, en los últimos años se va observado que los hombres también sufren de este tipo de desórdenes alimentarios¹⁰. Entre los problemas de salud que conllevan el desarrollo y la cronicidad de los TCA están la osteoporosis, debido a la reducción en la densidad de los huesos, anemia por déficit de hierro, desbalance electrolítico por desorden en el metabolismo del cloro, sodio y potasio y complicaciones cardiovasculares por una mayor ingesta de grasas saturadas^{11,12}.

Las primeras descripciones de la anorexia nerviosa datan del siglo XVII, cuando Morton estableció que el origen de este trastorno era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones¹². La última actualización, publicada en el año 2015, de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el capítulo de síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, establece la siguiente definición para la anorexia nerviosa: Es un trastorno que

se caracteriza por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente¹³. El diagnóstico diferencial en la anorexia nerviosa debe plantearse con otras enfermedades que causan pérdida de peso importante, como procesos malignos, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones crónicas u otros trastornos psiquiátricos: depresiones severas, entre otras¹⁴.

Debido a la pérdida peso por la restricción y/o hábitos purgativos, las pacientes llegan a un estado de desnutrición calórica severa, provocando problemas a nivel endocrino, gastrointestinal, cardiovascular, renal, óseo y hematológico¹².

La historia de la bulimia es mucho más reciente en comparación con la anorexia, aumentando considerablemente el número de personas afectadas en los últimos años. Suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa^{14,15}.

La bulimia nerviosa se define como un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingesta de alimentos seguida de vómitos y uso de purgantes debido a una preocupación excesiva por el control del peso corporal¹³. Debido a sus conductas purgativas presenta durante un largo periodo de tiempo un aspecto corporal delgado e inmejorable, a pesar de que come en abundancia. Con objeto de eliminar la comida excesiva, el/la paciente bulímico/a realiza comportamientos purgativos que afectan de forma directa a su salud y la ponen en riesgo. De igual manera se afecta su conducta, la relación con sus familiares y aparecen fluctuaciones en su apariencia física¹⁵.

Los TANE incluyen a toda conducta presentada en la que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo, pero que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución¹³. Por lo tanto, en ellos veremos comportamientos similares pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. Aquí se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias¹⁴.

Debido a todo el desequilibrio nutricional y funcional que existe en los trastornos alimentarios se producen complicaciones médicas en las personas que los padecen, más aún si son adolescentes. En la bulimia, las complicaciones que pueden aparecer en su evolución se relacionan casi siempre con las conductas de purga compensatorias. En cambio, es la anorexia la que desencadena con mayor frecuencia graves complicaciones y alteraciones funcionales, ya sea a nivel metabólico (alteraciones hidroelectrolíticas, hipopotasemia, hiperaldosteronismo), endocrino (amenorrea en mujeres y disminución de testosterona en hombres), cardiovasculares (disminución del grosor de la pared del ventrículo izquierdo y del volumen de eyección), renales (disminución del filtrado glomerular y elevación de los niveles plasmáticos de urea y creatinina), gastrointestinales (retraso en el vaciamiento gástrico, prolongación del tránsito digestivo y hemorragias gastrointestinales), cutáneas (pérdida del cabello, piel seca y quebradiza), musculo-esqueléticas (osteopenia, retraso en la maduración de la densidad ósea y aumento del catabolismo proteico muscular), hematológicas (anemia, leucopenia con linfocitosis, alteración granulocítica y trombocitopenia), entre otras complicaciones¹⁵.

Algunos de los síntomas de los trastornos alimentarios (pérdida de peso, rechazo de alimentos, atracones, vómitos) pueden aparecer como síntomas también en otros trastornos psicopatológicos. Las características que diferencian al trastorno alimentario de los anteriores son esencialmente que no se produce un temor fóbico a engordar ni existen distorsiones en la imagen corporal (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); que se produce una pérdida de apetito pero no aparece la preocupación por el contenido calórico en los depresivos; el paciente puede negarse a comer, pero los delirios no se centran en el contenido calórico de los alimentos ni hay miedo a engordar en la esquizofrenia como tampoco ocurre en el trastorno por somatización¹⁶.

La historia clínica de los TCA muestra con frecuencia a una adolescente que ha recibido algún comentario alusivo a su peso, caderas, o similar, que adquiere mucha importancia en la persona, centrándose a partir de ese momento en mejorar su cuerpo, con las expectativas de conseguir un cambio estético total y así elevar su autoestima. A veces el inicio del cuadro coincide con algún

acontecimiento al que se le atribuye valor de desencadenante: cambio de domicilio, de instituto, académico o rupturas afectivas¹⁶.

Actualmente, en la población adolescente, el diagnóstico más frecuente es el de TANE, lo que supone entre 50 y el 60% de los casos, seguido de bulimia con 30% de los casos y anorexia que comprende entre un 10 y 15% de los casos. Igual se observa en los jóvenes y población adulta^{10,17}.

Se han realizado estudios donde se muestra la incidencia de los TCA en población adolescente y su relación con los hábitos alimentarios que ellos presentan. Un país con gran preocupación por el tema es España, lo que ha motivado se hayan realizado estudios con el objetivo de estimar la prevalencia de los TCA. Debido a ello, la información epidemiológica acerca de los TCA ha avanzado enormemente en poco tiempo. Una de estas primeras investigaciones fue realizada por Toro en 1989, encontrando una prevalencia de riesgo de TCA en 11% en hombres y mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de la ciudad de Barcelona¹⁸. En años posteriores las investigaciones aumentaron. Así tenemos que, Cruz-Sáez en 2013, encontró que el 15.1% de 767 estudiantes mujeres de dos ciudades españolas, con edades entre 16 y 20 años, presentaron conductas indicadoras de un alto riesgo de TCA¹⁹. También, Pamies-Aubalat, en el mismo año, con 2142 adolescentes de Alicante, encontró un 11,2% de adolescentes con conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA, de los cuales 7,79% fueron mujeres y un 3,34% hombres²⁰. Jáuregui, alertó la creciente la prevalencia de sobrepeso y obesidad como un factor que es considerado de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios²¹.

Estudios han seguido esa línea de investigación en otros países. En México, Benjet da cuenta en su estudio de un 2.8% de mujeres y 0.9% de hombres adolescentes, del Distrito Federal, con riesgo de algún trastorno alimentario²². González-Juárez y cols en el 2011 encontraron que el 8,8% de los adolescentes mexicanos está en riesgo de presentar un algún tipo de TCA, para ello se usó como instrumento el Eating Disorder Inventory - EDI²³. Por su parte, Rutzstein en el 2010, quien realizó un trabajo con estudiantes secundarios argentinos y encontró 20.8% en mujeres y 5.8% en varones empleando la escala del Eating Attitudes Test, EAT-26²⁴.

En nuestro medio, las prevalencias muestran valores diferentes. Martínez, Zusman y Hartley en el 2003 trabajaron en mujeres adolescentes escolares de instituciones privadas encontrando una 18,6% de riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario²⁵. Sin embargo, Montoya encontró que existe el riesgo de padecer TCA en un 50.9% de adolescentes escolares de Villa María del Triunfo; el 57.3% de adolescentes mujeres y el 42.7% de hombres está en riesgo²⁶. En ambos estudios se utilizaron diferentes instrumentos para medir el riesgo de TCA, siendo en el estudio de Montoya dos cuestionarios y tomando como base el Test EAT-40 para identificar los factores y aspectos asociados al riesgo presente en la población estudiada.

La aparición y desarrollo de los TCA suelen ser variados, lo que ha motivado a buscar las causas más frecuentes en los adolescentes. En el 2011, Altamirano estimó cuál era la conducta alimentaria de mayor indicio como predictor de riesgo de TCA siendo los episodios de atracones, la conducta más repetitiva, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres²⁷.

Se han identificado hábitos alimentarios relacionados con los TCA como la ingesta de alimentos sin compañía. Sámano en el 2012 en México, observó que en situaciones donde la televisión o el internet son la única compañía de los adolescentes por varias horas, se tuvo exposición a la publicidad orientada al consumo de alimentos altamente energéticos, y en algunas ocasiones con un contenido elevado de grasa y sodio. Otros hábitos alimentarios encontrados fueron la omisión del desayuno y la cena; no consumir frutas ni leche; y el comer los alimentos al mismo tiempo que se efectúan otras actividades. Por ejemplo, el consumo de frutas fue muy bajo entre los adolescentes que tienen un mayor puntaje de riesgo para el desarrollo de TCA. La información encontrada señala que los cereales y las bebidas gaseosas son los alimentos mayormente consumidos. Además, y en específico entre las mujeres, los adolescentes afirmaron que el consumo de frutas los hace percibir que su ingesta fue mayor²⁸.

En Sudamérica ha aumentado la prevalencia de estos trastornos; por ejemplo, en Colombia se ha encontrado un alto porcentaje de síntomas de trastornos de conducta alimentaria (TCA), estas cifras provenían principalmente de estudios realizados en jóvenes universitarios, debido a ello se vio la necesidad de obtener

información de poblaciones más jóvenes. Es así como, en el 2010, Piñeros Ortiz realizó una investigación en estudiantes de secundaria de Bogotá y Cundinamarca en 35 instituciones educativas. Los antecedentes familiares de TCA, la obesidad, las críticas y las bromas acerca del peso y la figura corporal fueron los factores que más se presentaron en los adolescentes con riesgo de TCA. Sin embargo, también se encontró que las actitudes negativas hacia la delgadez, su relación con el éxito y la aprobación externa, y los conocimientos inadecuados sobre alimentación fueron factores que desencadenaron estos desórdenes, por lo que aquí se evidenció que a inadecuados hábitos alimentarios hay mayor riesgo de trastornos alimentarios²⁹.

Finalmente, en Venezuela, Zambrano en el 2012, realizó un estudio cuyo objetivo era identificar los hábitos alimentarios y el tipo de alimentos consumidos por los estudiantes con riesgo de TCA. Se observó un consumo de proteínas superior al recomendado. Los alimentos más consumidos fueron los cereales, los huevos y productos lácteos, seguidos por los alimentos altos en grasas y bebidas comerciales. El consumo de hortalizas y frutas fue bajo, contribuyendo con esto a un mayor riesgo de padecer enfermedades asociadas a la dieta. También se encontró relación la omisión de la primera comida del día y riesgo de TCA producto del incremento del consumo de snacks, patrones de ingesta irregulares, raciones más grandes y frecuentes y mayor consumo de alimentos de bajos valores nutricionales y más calóricos³⁰.

Los trastornos alimentarios en adolescentes no solo son motivados por factores culturales, sociales o personales, se añaden también las exigencias académicas, incluso las redes sociales³¹. El riesgo de padecer TCA estaría condicionado por el estilo de vida que estos adolescentes desarrollan en relación con su rutina diaria presentando conductas y comportamientos semejantes a estudiantes con algunas fijaciones por su imagen y aspecto corporal³². En nuestro país hay pocos estudios relacionados a este tema; sin embargo, identificar una relación entre los hábitos alimenticios que presentan los escolares adolescentes con conductas de riesgo de trastornos alimentarios nos permitirá tomar medidas para la prevención de estos problemas de salud y evitar enfermedades que afecten el desarrollo personal y profesional de los escolares adolescentes.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal del distrito de Los Olivos en el 2015.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los hábitos alimentarios en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal.
- Estimar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación:

Es un estudio de enfoque cuantitativo, pues usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico; analítico porque evalúa una presunta relación entre las variables mediante una hipótesis; observacional debido a que la investigación solo se limita a observar, medir y analizar las variables sin ejercer un control directo de la intervención; transversal, porque el estudio se efectuó en un momento determinado; y retrospectivo porque la información se obtuvo tomando en cuenta datos del pasado³³.

3.2 Población:

La población de estudio estuvo conformada por los estudiantes adolescentes hombres y mujeres de 13 a 18 años del 3°, 4° y 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Estatal Cesar Vallejo N° 2071 del distrito de Los Olivos en el año 2015 que tuviesen el consentimiento informado firmado por los padres. El número total de estudiantes de los tres grados de secundaria fue de 140 escolares adolescentes.

3.3 Muestra:

La muestra estuvo conformada por un total de 104 estudiantes adolescentes entre hombres y mujeres. El tamaño de muestra fue calculado aplicando la fórmula adecuada para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N z^2 p q}{(d^2 (N-1) + z^2 p q)}$$

Dónde:

- n = Tamaño de muestra
- N = Población
- z^2 = Nivel de Confianza (0.95)
- p = Prevalencia (50%)
- q = 1- Prevalencia (1-p)
- d^2 = Error (5%)

La muestra calculada fue de 103 estudiantes, se le agregó un 10% adicional al tamaño de muestra (10 estudiantes) por posibles errores como no tener datos completos, cuestionarios mal llenados, haber marcado más de una sola respuesta o contener respuestas con valores exagerados en la frecuencia de consumo de alimentos, haciendo un total de 113 estudiantes adolescentes y jóvenes entre hombres y mujeres para el tamaño de muestra total. Luego de haber realizado la limpieza de datos, el número de muestra final fue de 104 estudiantes.

Tipo de Muestreo: Fue no probabilístico, de forma intencional.

3.4 Definición Operacional de Variables:

Hábitos Alimentarios

Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos³⁴.

Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria

Evaluación de la aproximación referida al comportamiento distorsionado de la alimentación y una preocupación por la autoimagen y el peso corporal, orientado al desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario como la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa o los Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE)^{35,38}.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	INDICADORES	PUNTOS DE CORTE
Hábitos Alimentarios	Cualitativa	1. Practicas dietéticas para bajar de peso	<u>Adecuado:</u> Dietas balanceadas Evitar comer entre comidas Consulta profesional Reducir ración de comida <u>Inadecuado:</u> Consumo alimentos "light" Suprimir una o más comidas Consumo excesivo de líquidos Dietas de revista
		2. Grupos de alimentos consumidos: Lácteos, huevo, carnes, cereales, harinas, menestras, tubérculos, frutas, verduras, azúcares, grasas y snacks	<u>Adecuado:</u> Mayor o igual a 8 puntos* <u>Inadecuado:</u> Menor a 8 puntos*
		3. Forma de preparación de las comidas	<u>Adecuado:</u> Comidas horneadas, sancochadas, guisadas y sin aliño; comidas con aliño y/o frito menor a 4 veces por semana <u>Inadecuado:</u> Comidas con aliño y frito mayor o igual a 4 veces por semana
		4. N° de comidas al día: Desayuno, Almuerzo, Cena, entre comidas.	<u>Adecuado:</u> Tres o más comidas/día <u>Inadecuado:</u> Menor a tres comidas/día
		Puntaje Global Hábitos adecuados Hábitos inadecuados	Mayor o igual a 3 indicadores adecuados Menor a 3 indicadores adecuados
Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria	Cuantitativa	1. Utilización de métodos drásticos de control de peso y consecuencias físicas asociadas	Puntaje mayor o igual a 13 en Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ítems: 9, 11, 12, 13, 16, 17)
		2. Preocupación por el cuerpo y peso	Puntaje mayor o igual a 18 en Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 14, 19)
		3. Preocupación sobre el escaso control de la comida	Puntaje mayor o igual a 10 en Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ítems: 5, 7, 15, 21)
		4. Utilización de métodos de control de peso socialmente aceptados	Puntaje mayor o igual a 7 en Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ítems: 8, 18, 20)
		Puntaje Global Sin riesgo Bajo riesgo Tendencia baja Tendencia alta Alto riesgo	Menor a 21 puntos De 21 a 46 puntos De 47 a 72 puntos De 73 a 98 puntos De 99 a 126 puntos

*Calificación de 1 punto por cada grupo de alimento si tiene la frecuencia adecuada:
Lácteos ≥ 1 vez/día; Huevo ≥ 3 veces/semana; Carnes ≥ 1 vez/día; Cereales ≥ 2 veces/día;
Harinas ≥ 3 veces/semana; Menestras ≥ 3 veces/semana; Tubérculos ≥ 1 vez/día; Grasas < 3 veces/semana;
Fruta ≥ 2 veces/día; Verduras ≥ 2 veces/día; Snacks ≤ 1 vez/semana; Azúcar < 3 veces/día (2 cdtas/vez);
Gaseosas o bebidas industrializadas ≤ 1 vez/semana

3.5 Técnicas e Instrumentos:

Para la variable de hábitos alimentarios se utilizó el Cuestionario de Hábitos Alimentarios y una Frecuencia de Consumo de Alimentos. Respecto a la variable de riesgo de trastornos de conducta alimentaria se usó el Inventario sobre Trastornos Alimentarios.

Cuestionario de Hábitos Alimentarios

El Cuestionario de Hábitos Alimentarios recoge información sobre las prácticas dietéticas para bajar de peso, la forma de consumo de las comidas y el número de comidas al día de cada escolar. Dicho instrumento fue adaptado de Uesu³⁶, y validado mediante juicio de expertos para la presente tesis (Anexo N° 2).

Encuesta de Frecuencia de Consumo de Alimentos

A través de este instrumento, se determinaron los tipos de alimentos y frecuencia consumidos por los escolares durante el último mes (Anexo N° 3). Dicho instrumento fue tomado de un estudio de registro de consumo de alimentos aplicado en una población con similares características a la población del presente estudio realizado por Herrera³⁷. Consta de 39 ítems, ordenados por grupos de alimentos y permite evaluar el consumo mensual, semanal o de veces por día de los alimentos incluidos en la encuesta. La encuesta se tomó en un día, junto con los demás instrumentos.

Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA)

Fue creado originalmente por Marcés y Delgado en 1995 y adaptado en el estudio de Hartley en 1999 para mujeres adolescentes escolares. Posteriormente, fue modificado por Herrera para ser aplicado también en hombres³⁸. Contiene 21 ítems que conforman 4 áreas. El número de alternativas de respuesta es de 6, organizándose en una escala de frecuencia tipo Likert ordenadas de menor a mayor frecuencia según cada ítem. Este instrumento permite evaluar conductas y comportamientos asociados a los trastornos alimentarios (Anexo N° 4).

3.6 Plan de Procedimientos:

Se realizaron las coordinaciones con los representantes de la dirección de la institución educativa solicitando los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación. Se acordó realizar el recojo de la información en horas de clase de educación física, además de realizar una evaluación antropométrica a los escolares de secundaria. Se solicitó la participación de los escolares mediante un consentimiento informado firmado por los padres o apoderados, los cuales iban adjuntos en las libretas de control. La dirección también dio aviso en las reuniones con los padres de familia. En los días previamente coordinados con la dirección, se visitó a los escolares durante las horas cedidas de clase. Se pasó por cada aula, siendo el tiempo de llenado de las encuestas de unos 30 minutos. Se le indicaba a cada estudiante como debían llenar las encuestas y se verificaba al final que no hubiera ninguna respuesta sin contestar, con borrones y que tuviera letra legible.

3.7 Análisis de Datos:

Se realizó la limpieza, verificación y depuración de los datos. La digitación y ordenamiento de los datos obtenidos de los cuestionarios se realizaron con el programa Microsoft Office Excel 2016.

Para procesar la variable hábitos alimentarios se determinó un puntaje según 4 dimensiones (prácticas dietéticas para bajar de peso, grupos de alimentos consumidos, forma de consumo de las comidas y número de comidas al día). Cada una de las dimensiones se califica con 1 punto si es adecuada y de 0 puntos si es inadecuada. De esta forma, se define que un escolar adolescente tiene hábitos adecuados si obtiene un puntaje global igual o mayor a 3; por el contrario, si obtiene un puntaje global menor a 3 se define como hábitos alimentarios inadecuados.

Respecto a la variable riesgo de trastornos de conducta alimentaria se definió de acuerdo con el puntaje obtenido en el ITA. Dicho inventario contiene cinco categorías: sin riesgo, bajo riesgo, tendencia baja, tendencia alta y alto riesgo. Se considera riesgo de TCA a partir de la categoría tendencia baja en adelante.

Se elaboraron tablas y gráficas para cada variable. La prueba de inferencia que se utilizó para verificar la relación entre las variables fue la razón de verosimilitudes, con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 23.

3.8 Consideraciones Éticas:

La presente investigación no implicó riesgos para los participantes. Sólo participaron los estudiantes cuyo padre de padre de familia o apoderado haya firmado el Consentimiento Informado (Anexo N° 1), además del asentimiento del propio estudiante.

Se guardó confidencialidad sobre los datos obtenidos y la información brindada por cada estudiante. Los instrumentos fueron utilizados y aplicados únicamente por el investigador protegiendo así el contenido de las respuestas dadas por los participantes en el estudio.

IV. RESULTADOS

4.1 Características de la muestra:

Se estudiaron un total de 104 escolares adolescentes de la institución educativa, con edades comprendidas desde los 13 hasta los 18 años. Fueron 50 hombres (48.1%) y 54 mujeres (51.9%) con una edad promedio de 15.3 ± 1.15 años, siendo los hombres más altos y con mayor peso que las mujeres. (Tabla 1).

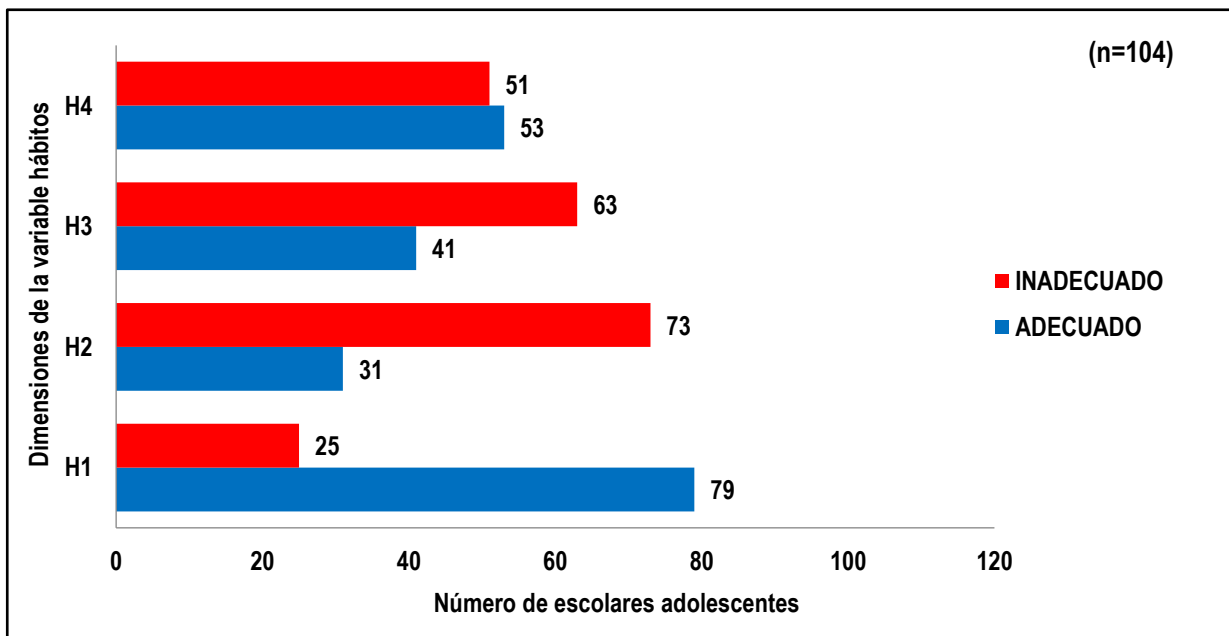
Tabla 1. Características según sexo de los en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

	Mujeres	Hombres
	Promedio (D.E.)	Promedio (D.E.)
Edad (años)	15.3 \pm 1.16	15.8 \pm 1.08
Peso (kg)	53.1 \pm 9.73	60.6 \pm 8.43
Talla (m)	1.55 \pm 0.06	1.64 \pm 0.06

*D.E. = Desviación Estándar

4.2 Hábitos alimentarios:

Los hábitos alimentarios inadecuados encontrados fueron la ausencia del consumo de por lo menos una de las tres comidas principales (n=51), el consumo de frituras más de tres veces por semana (n=63), y el consumo de menos de 8 grupos de alimentos (n=73) fueron los principales identificados. El hábito menos encontrado fue lo relacionado a las prácticas para bajar de peso como el consumo de alimentos “light”, las dietas de revistas, consumir gran cantidad de líquidos o no comer casi nada durante el día (n=25). [Gráfico 1].



H1: Prácticas dietéticas para bajar de peso
H2: Consumo de grupos de alimentos
H3: Forma de preparación de las comidas
H4: Número de comidas al día

Gráfico 1. Hábitos alimentarios según sus dimensiones en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

Siendo los adolescentes una población que necesita de un adecuado y suficiente aporte de energía y nutrientes, es preocupante notar que la omisión de alguna de las tres comidas principales o un gran consumo de alimentos “light” sea un hábito presente en ellos. [Gráfico 2].

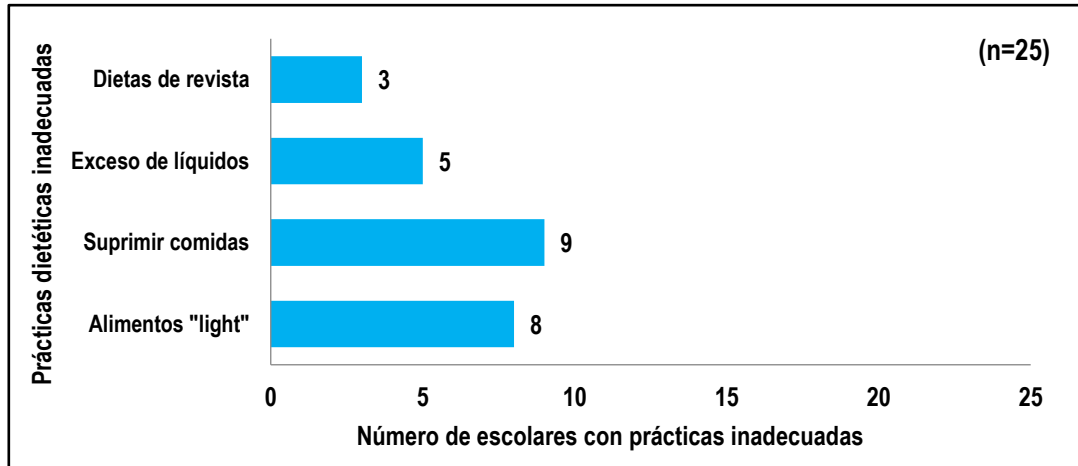


Gráfico 2. Principales prácticas dietéticas inadecuadas para bajar de peso en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

El consumo de ciertos alimentos constituye también un punto a considerar debido a la poca ingesta que los adolescentes tienen de alimentos como las frutas o verduras, en contraposición tenemos a los embutidos y gaseosas o bebidas azucaradas cuya frecuencia de consumo es elevada. [Gráfico 3]. Algunos otros alimentos presentan un consumo moderado, tal es el caso de los snacks (66%), chocolates (94%), mayonesa (89%) y el azúcar (80%).

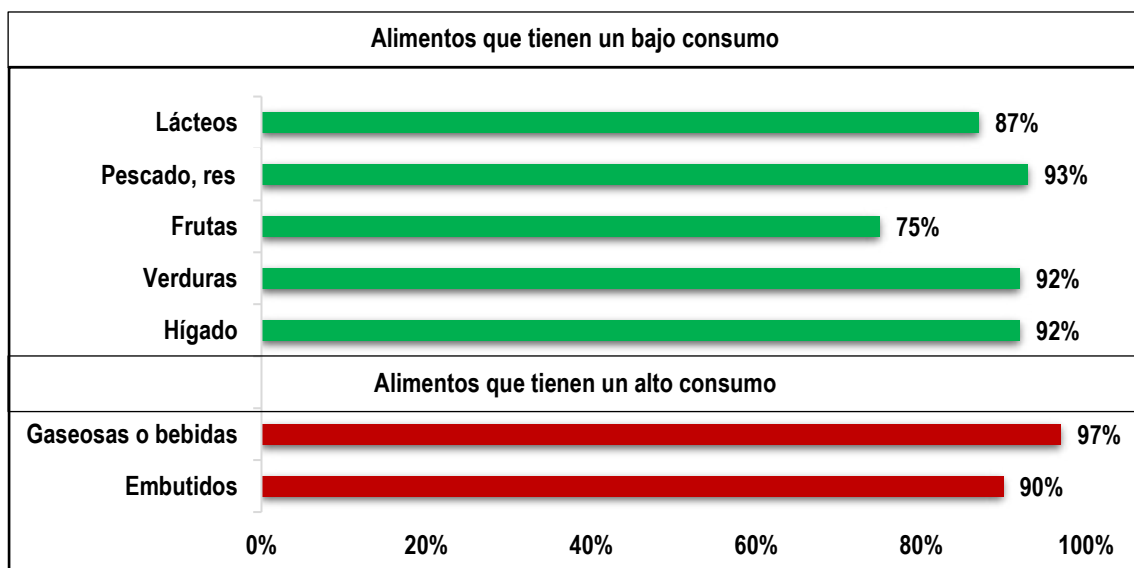


Gráfico 3. Porcentaje de alimentos según el consumo de los adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

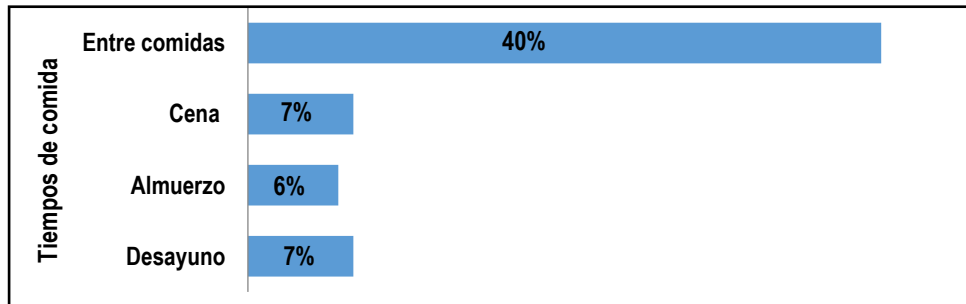


Gráfico 4. Porcentaje de tiempos de comidas omitidos durante el día en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

Un dato preocupante sobre la alimentación de los adolescentes está relacionado con la omisión de alguna de las comidas del día, si bien es cierto la mayoría se refieren a las colaciones o entre comidas, hay pequeños porcentajes que no consumen alguna de las comidas principales [Gráfico 4]. Además de ello, un 23% de los escolares tienen alguna de las comidas principales sin compañía y solo un 3% lo hacen fuera de casa.

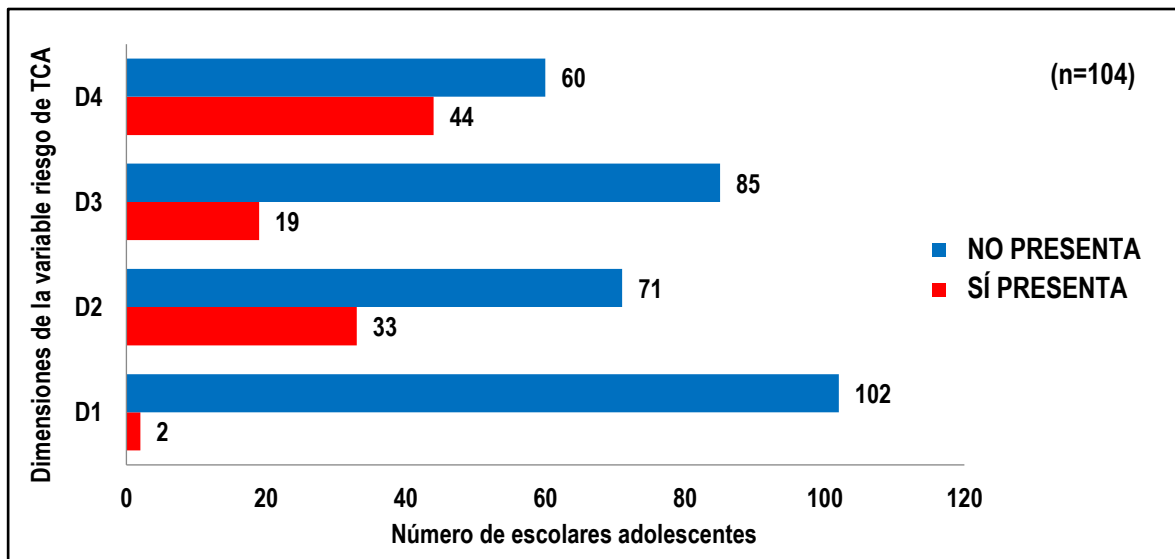
Se encontró un 72.1% (n=75) de escolares adolescentes que presentaron hábitos alimentarios inadecuados, mientras que solo un 27.9% (n=29) tuvieron hábitos adecuados. (Tabla 2).

Tabla 2. Número y Porcentaje de Hábitos Alimentarios según sexo en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

Sexo	Hábitos Alimentarios				Total
	Adecuado		Inadecuado		
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	
Mujeres	14	25.9%	40	74.1%	54
Hombres	15	30.0%	35	70.0%	50
Total	29	27.9%	75	72.1%	104

4.3 Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria:

Teniendo en consideración las dimensiones del Inventario sobre Trastornos Alimentarios, se tiene que “la utilización de métodos aceptados socialmente para el control de peso”, “la preocupación por el peso y el cuerpo” y “la preocupación por el escaso control sobre la comida” constituyen las conductas asociadas a TCA más frecuentes en los escolares aún si no presentaron riesgo de trastorno alimentario en el puntaje total. [Gráfico 5].



D1: Métodos drásticos de Control de Peso y Consecuencias Físicas Asociadas
D2: Preocupación por el Peso y el Cuerpo
D3: Preocupación Sobre el Escaso Control de la Comida
D4: Métodos de Control de Peso Socialmente Aceptados

Gráfico 5. Conductas asociadas a TCA según dimensiones en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

Del total de escolares, un 79.8% (n=83) presentaron bajo riesgo, 19.2% (n=20) una tendencia baja y un escolar (1.0%) presentó tendencia alta (Tabla 3).

Tabla 3. Número y Porcentaje de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria según sexo en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria							
	Bajo Riesgo		Tendencia Baja		Tendencia Alta		Total
Sexo	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n
Mujeres	46	85.2%	8	14.8%	0	0.0%	54
Hombres	37	74.0%	12	24.0%	1	2.0%	50
Total	83	79.8%	20	19.2%	1	1.0%	104

La mayoría de escolares estudiados presentaron un “bajo riesgo”, a pesar de ello, de estos, fueron 55 adolescentes con hábitos alimentarios inadecuados, lo cual constituye una problemática a tomar en consideración. Además de ello, fueron 20 estudiantes quienes según la calificación del Inventario sobre Trastornos Alimentarios presentaron una “tendencia baja”. De estos, fueron 19 escolares quienes resultaron con una práctica inadecuada de hábitos alimentarios. Un escolar presentó una “tendencia alta”, el cual resultó con hábitos alimentarios inadecuados. En las categorías de “sin riesgo” y riesgo alto” no se encontraron. [Gráfico 6]. Realizada la prueba de razón de verosimilitudes se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de hábitos alimentarios y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, con un p valor de 0.011.

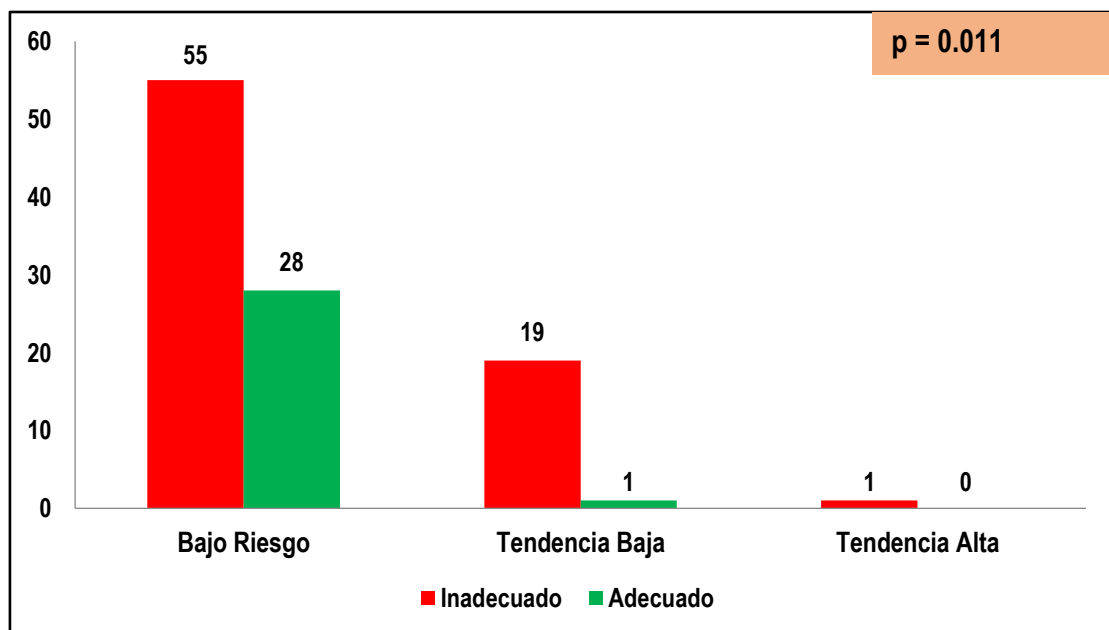


Gráfico 6. Hábitos Alimentarios y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de secundaria de una institución educativa estatal, Los Olivos 2015

V. DISCUSIÓN

Los hábitos alimentarios inadecuados se caracterizan en su mayoría por comportamientos inadecuados de control del peso y conductas restrictivas. Encontramos en esta investigación que las prácticas a las cuales los adolescentes recurren para bajar de peso fueron la omisión de comidas principales y la ingesta de alimentos denominados “light”. Esto coincide con los aportes realizados en otras investigaciones donde se pone énfasis en el menor número de comidas entre los adolescentes de ambos sexos, además de una menor ingesta de calorías y nutrientes, como una de las estrategias más utilizadas y que en la actualidad forma parte de la cultura al ser considerada como métodos efectivos para lograr el cuerpo esperado³⁹.

La preocupación acerca de su aspecto se ve traducida en la autopercepción que tienen sobre su peso corporal, por lo que llevan a cabo esfuerzos por intentar regular su alimentación haciendo uso de métodos inadecuados. Hacer una dieta de tipo restrictivo se ha convertido en una práctica habitual en adolescentes, sin embargo, existe mucha información que señala la inadecuada forma en la que se realiza. Se registran casos en España donde alrededor de 3 de cada 10 adolescentes ha hecho dieta en alguna ocasión siendo el motivo principal perder peso⁴⁰. Córdoba, Luengo y García encontraron además que, con una mayor frecuencia, se hace uso de diferentes medios para la elección de dietas, donde la consulta a un médico o un profesional especialista en nutrición y dietética es cada vez menor⁴⁹.

A través de la alimentación no solo se obtiene energía necesaria para realizar las actividades y para el correcto funcionamiento del organismo, también obtenemos nutrientes que tienen distintas funciones; todo ello en medio del proceso de maduración propio de los adolescentes conlleva una mayor relevancia. Al adoptar hábitos inadecuados de alimentación la ingesta de algunos alimentos se ve reducida o casi eliminada. Se ha encontrado que alimentos como las frutas y verduras presentan un bajo consumo por parte de los adolescentes, igual ocurre los lácteos o algunas carnes; en sentido contrario tenemos a los embutidos y las gaseosas. Palenzuela y cols, en España, hallaron

en un grupo de escolares que el consumo de verduras, hortalizas y frutas se hace solo de forma esporádica. Así solo un 42% de los alumnos consumen fruta de forma diaria, mientras que el 10% no toma nunca o casi nunca. En cambio, más de la mitad toman refrescos de forma diaria³.

A pesar de la cantidad de información existente acerca de la importancia de una alimentación saludable, siendo además el sobrepeso y la obesidad en la adolescencia una condición de alto riesgo para el desarrollo de actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados⁴², se observa la falta de orientación que ayude a tratar y mejorar el problema. Suárez-Varela y cols. señalan esto en su investigación realizada en un grupo muy similar al usado en el presente estudio, en cuanto a número y edad de los participantes. Aquí se observa el consumo alimentario por grupos de alimentos, teniendo un consumo bajo en frutas, verduras y legumbres. En cambio, los alimentos tipo snacks son consumidos en gran manera con una frecuencia igual o mayor a 3 veces por semana⁴³. Respecto al consumo de refrescos o bebidas industrializadas, las investigaciones señalan que varían entre un 8% y 12% de los adolescentes^{40,43}, la información respecto a la cantidad de azúcar presente en estas bebidas se estima sea la razón del menor consumo registrado en estos estudios⁴².

La falta de asesoría nutricional de parte de los profesionales indicados resulta en una serie de prácticas que van determinando una gran parte de los hábitos inadecuados que se observan en los adolescentes. Ante la necesidad de obtener la imagen corporal ideal, buscan métodos para reducir su ingesta de alimentos, lo que trae como medida más usual la omisión de comidas. En cuanto a los horarios de comidas principales, el 7% de los adolescentes no consumen el desayuno o la cena, coincidiendo con lo reportado estudios realizados en España donde un 4% de los participantes refieren que no desayunan nunca⁴⁰. La situación es similar en Colombia donde los valores aumentan, encontrando que un 12% de estudiantes no desayuna y el 17% no acostumbra cenar⁴⁴; igual ocurre en México, esta vez encontrándose un 20% de adolescentes que no consumen desayuno, creyendo que de esa forma logran mantener el control sobre su alimentación y su peso corporal²⁸.

La ausencia de comidas principales y la consiguiente ingesta incompleta influye negativamente en la salud, desarrollo físico, rendimiento cognitivo y el aprendizaje, dificultando que los adolescentes alcancen el consumo adecuado de alimentos y nutrientes diarios, formando hábitos que se caracterizan por dietas desequilibradas e insuficientes⁴⁵. Esto se debe en gran medida a la falta de atención de los padres sobre la alimentación de sus hijos y aunque la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de autonomía, la influencia y el cuidado que los padres brindan es de suma importancia. Está demostrado que los adolescentes que participan en comidas familiares más frecuentemente sirven como factor de protección en la prevención y detección de trastornos de la conducta alimentaria, siendo así menos propensos a desarrollarlos⁴⁶.

Por ello, considerar el entorno en el cual los adolescentes consumen las comidas tiene mucha relevancia. Los datos aquí encontrados muestran un 3% que comen fuera de casa y un 23% sin compañía; otros estudios recogen un 15% y un 33% respectivamente en adolescentes de Bogotá⁴⁴ y un 10% que no cuentan con compañía paterna al comer en la Ciudad de México²⁸.

Finalmente, la incorporación de conductas y permanencia de hábitos alimentarios desordenados responden a la necesidad que el adolescente tiene frente a la preocupación por su apariencia, que se traduce en su peso corporal, que a su vez lo lleva a tener una excesiva fijación por la comida²³. Estas conductas dan aviso sobre el inicio y progreso de algún trastorno alimentario⁴⁷. Por todo ello es que resulta relevante establecer canales de información que permitan orientar a los adolescentes, haciendo de la alimentación una herramienta de protección y de prevención en virtud de la salud de ellos.

En la última década la preocupación e interés por desarrollar investigaciones relacionadas a conocer la prevalencia de trastornos alimentarios ha ido en aumento. A raíz de los cambios de la población respecto a su alimentación en varias partes del mundo, esto ha motivado que diversos estudios se centren en los adolescentes como público objetivo para observar el impacto de estos cambios y su repercusión en la aparición de trastornos. Aunque el aumento de problemas alimentarios se ha diversificado en varios lugares y a casi toda

condición socioeconómica, hay mucha variación en torno a los valores de riesgo de TCA reportados por diversos estudios.

El presente estudio se obtuvo un 20.2% de riesgo a desarrollar algún tipo de TCA (tomando los valores de riesgo de tendencia baja y alta) en los escolares adolescentes. Este valor encontrado ha sido mayor a lo reportado por otros autores. Tenemos así, investigaciones realizadas en diferentes ciudades de España, como González-Juárez quién realizó en Madrid un estudio con adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas con edades entre 12 a 18 años, encontrando un 8.8% de riesgo de TCA²³. Igualmente, en el estudio de Pamies-Aubalat, realizado en Alicante, obtuvo un valor de 11.9% para el riesgo de TCA, los adolescentes participantes de este estudio tenían edades que oscilaban entre los 12 a 16 años²⁰. Por su parte Alfaro reportó una prevalencia de riesgo de 7.7% en un estudio con escolares de 13 a 18 años en Valladolid⁴⁰. Por el contrario, la investigación de Álvarez-Malé, realizada en la isla de Gran Canaria, obtuvo, un valor de riesgo de TCA mayor, con un 27.4% en un grupo de adolescentes de 12 a 20 años, siendo un rango de edad mayor a los otros estudios⁴⁸. Se observa, por lo tanto, que los valores de riesgo de TCA en España presentan una gran variabilidad. Cabe señalar que, el instrumento que se utilizó para medir el riesgo de trastorno en los estudios mencionados fue el EAT (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel, sin embargo, en versiones diferentes para cada caso. Dicho instrumento es una encuesta autoaplicada usada generalmente en España debido a las validaciones y adaptaciones que se han realizado en dicho país.

México es otro país donde las investigaciones sobre trastornos alimentarios han dado muchos aportes. Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral en el 2014 evaluaron a 435 estudiantes de dos escuelas secundarias públicas de la ciudad de Querétaro encontrando un 5.9% para riesgo de trastorno alimentario, y aunque es un valor mucho menor a lo reportado en otros estudios, se precisa que aquí también se determinó la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo encontrando un valor de 33.1%. No obstante, la autora hace una distinción entre el riesgo de padecer algún TCA específico, sea anorexia o bulimia y las conductas de riesgo,

como prácticas poco saludables que se dan de forma aislada o no suficientemente recurrentes que permita dar un diagnóstico⁴⁹.

Sámano y cols. realizaron un trabajo similar en dos escuelas con estudiantes de 12 a 15 años y encontraron que un 12% de todos los adolescentes presentó riesgo moderado o alto para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria²⁸. Por su parte, Radilla Vázquez y cols. hicieron lo propio, pero esta vez tomando solamente a escolares del primer año de secundaria de dieciséis escuelas ubicadas en el Distrito Federal en México, con una edad promedio de 12 años. El valor reportado para el riesgo de TCA fue de 17%, siendo mayor en los varones respecto a las mujeres, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio⁵⁰.

En Sudamérica, las investigaciones se han ido incrementando desde hace algunos años atrás. López, Raimann y Gaete recogen información respecto a las investigaciones realizadas en Chile sobre la prevalencia trastornos alimentarios en adolescentes, los cuales son realizados mediante cuestionarios de tamizaje y que han reportado valores que oscilan entre 7,4 y 12%⁵¹. Asimismo, Marín y cols. en un estudio realizado con adolescentes obesos de entre 11 a 19 años, reportó un riesgo de TCA del 16,2%⁵². Otros autores en sus respectivos países han iniciado investigaciones para reconocer la prevalencia de los trastornos alimentarios en sus poblaciones. En Colombia Fajardo, Méndez y Jauregui llevaron a cabo un estudio en estudiantes de secundaria entre los 10 a 20 años matriculados en dos colegios públicos y dos colegios privados en la ciudad de Bogotá, encontrando que un 30.1% de los adolescentes tienen riesgo de TCA, siendo mayor en las mujeres (41.3%) que en los hombres. Cabe señalar que el instrumento utilizado para determinar el riesgo fue el cuestionario SCOFF, que consta de solo 5 ítems, dado por su brevedad y fácil aplicación en adolescentes y jóvenes es utilizada en algunos estudios sobre trastornos alimentarios⁴⁴.

Finalmente, Ortiz Cuquejo y cols. en Paraguay analizaron las prevalencias de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados en dos periodos de tiempo, para lo cual aplicaron una encuesta estructurada de aplicación rápida elaborada por Unikel–Santorini que consta de 10 ítems. Los adolescentes evaluados, con edades de 12 a 17 años, provenían de colegios de

las áreas rurales y urbanas de la ciudad de Asunción, encontrando que en el año 2008 la prevalencia fue de 6% mientras que en el 2012 fue de 9,5%. Cabe señalar que se encontraron casos con riesgo de TCA en la población rural⁵³.

La alimentación en los adolescentes es un tema que a lo largo de los años ha significado un asunto a tomar en cuenta para ellos. Se van formando conductas de riesgo, que constituyen todo un proceso de adaptación de los hábitos alimentarios propios. Durante la niñez son los padres quienes determinan y controlan la mayor parte de las decisiones de los hijos, entre ellas la alimentación. Es por ello, que al ir creciendo e ir asumiendo responsabilidades también van tomando una posición propia sobre aquello que consumen. Fitzgerald y cols. señalan sobre este aspecto afirmando que a mayor edad del adolescente el control de los padres disminuye, aumentando la autonomía para la elección de los alimentos, siendo una de las causas por las que el adolescente inicia con hábitos alimentarios no recomendables⁵⁴.

Algunas limitaciones presentes en el estudio radican en haber tomado a estudiantes de solo una institución educativa y la no aleatorización en la muestra seleccionada, sin embargo, se logró contar con más del 70% de la población objetivo lo cual garantiza la representatividad de los resultados para dicho centro educativo. Dentro de las fortalezas está el uso del Inventario sobre Trastornos Alimentarios, de sencilla aplicación y utilizada en estudios previos similares. Aunque existen otros instrumentos como el EAT (Eating Attitudes Test) o el EDI (Eating Disorder Inventory), la ventaja del inventario radica en su uso exclusivo en adolescentes, de fácil comprensión, aplicable en población masculina y femenina, además de su comprobada validez y confiabilidad³⁸.

En este estudio encontramos que sí existe una relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto, se muestra la necesidad de profundizar en este campo por la importancia que implica la alimentación para los adolescentes. Por ello, se considera necesario realizar más investigaciones para obtener más información sobre los trastornos de la conducta alimentaria, de cómo estos influyen en la modificación de los hábitos alimentarios, que permita abordar y prevenir daños en la salud y capacidad cognitiva de los adolescentes peruanos.

VI. CONCLUSIONES

- Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de hábitos alimentarios inadecuados y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los escolares adolescentes ($p=0.011$).
- El 72% de los escolares adolescentes presentan hábitos alimentarios inadecuados. Dentro de las conductas que son practicadas de manera regular por los adolescentes referido a su consumo de alimentos encontramos una preferencia por los embutidos y las bebidas gaseosas, en sentido opuesto tenemos a las frutas, verduras y alimentos de origen animal como lácteos, carnes y vísceras. Además, se observa que, aunque representa un mínimo porcentaje, se suele omitir el desayuno o la cena como medidas para controlar la ingesta, hecho que se ve reforzado por la falta de guía y compañía paterna al momento de las comidas en casa. Todo esto se acompaña de la escasa preocupación por la búsqueda de asesoría con un profesional de la salud indicado.
- La mayoría de escolares adolescentes presentó una calificación de bajo riesgo para la variable de trastorno de conducta alimentaria; sin embargo, se encontró que 1 de cada 5 escolares presentó algún grado de riesgo, dentro del cual hubo un estudiante hombre que presentó riesgo de TCA en la categoría de “tendencia alta”.

VII. RECOMENDACIONES

- **Para los investigadores:** Realizar estudios en diferentes instituciones educativas, tanto estatales como privadas y de diferentes contextos socioculturales, con muestras de mayor número como se realizan en países como España, México o Chile, que permita tener un panorama más amplio que ayude a identificar los hábitos alimentarios presentes en los adolescentes poniendo en aviso sobre las conductas de riesgo.
- **Para el Ministerio de Salud (MINSA):** Unir esfuerzos de forma coordinada con el Ministerio de Educación para la realización de programas educativo-nutricionales en los colegios, dirigidos a los escolares, padres de familia y docentes, sobre la importancia de la alimentación y nutrición para un óptimo desarrollo. La planificación y ejecución de estos programas siendo llevados a cabo por los nutricionistas con el apoyo del MINSA, como parte de estrategias sanitarias que tenga a la alimentación como uno de los ejes principales en temas de prevención y promoción de la salud.
- **Para los profesionales nutricionistas:** Tomar la iniciativa como los actores principales de cambio que planifiquen y lleven a cabo programas de educación y asesoría nutricional estudiantil, que en primera instancia evalúe el riesgo de trastorno alimentario, adicionalmente reconocer los conocimientos de los escolares acerca de su alimentación. Posterior a ello, realizar la vigilancia y seguimiento de los escolares que presentan riesgo de padecer algún trastorno, y por último juntamente con los directores de colegios y cuerpo docente llevar a cabo sesiones de forma continua y sostenible que refuercen los conceptos de alimentación saludable a través de información científica y veraz.
- **Para los directores de colegio:** Establecer medidas para la detección temprana de conductas de riesgo alimentario en los centros educativos a través del seguimiento de los docentes, tutores o psicólogos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Urzúa MA, Castro RS, Lillo OA, Leal PC. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev Chil Nutr* 2011; 38(2):128-135.
2. Gil GE, Ortiz GT, Fernández ML. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Rev. Aten Primaria*. 2007; 39(1):7-13.
3. Palenzuela SM, Pérez A, Pérula de Torres L, Fernández J, Maldonado J. La alimentación en el adolescente. *An Sist Sani Navar*. 2014; 37(1):47-58.
4. Castañeda SO, Rocha DJ, Ramos AM. Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Arch Med Fam* 2008; 107-11.
5. Chávez, O, Díaz, S. Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *RIDE* 2013: 4(7).
6. Bolaños RP. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. Instituto de Ciencias de la Conducta, Sevilla-España. *Trastor Conducta Aliment*. 2009:956-972.
7. Lameiras FM, Calado OM, Rodríguez CY, Fernández PM. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Health Psycho*. 2003; 3(1): 323-33.
8. Macías MA, Gordillo SL, Camacho RE. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* 2012; 39(3): 40-43.
9. Unikel C, Caballero A. Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría, 2010. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

10. Hunot C. Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. RESPYN 2008; 9(1):1-21.
11. García CA, Migallón LP; Pérez CA, Ruiz JC, Vázquez MC. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Secretaría General Técnica. Ministerio de Educación y Cultura. España 1999.
12. Varela-Casal P, Maldonado MJ, Ferre F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(1):12-9.
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington, D.C. [actualización al 2015].
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta Edición (DSM-5); Arlington, Virginia, 2014.
15. Subdirección General de Salud Mental (Servicio Murciano de Salud). Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", Murcia-España 2005.
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Cataluña-España 2009.
17. Gutiérrez Miras M, Peña Martínez L, Santiuste de Pablos M, García Ruipérez D, Ochotorena Ramírez M, San Eustaquio Tudanca F, Cánovas Martíne M. Comparación de los Sistemas de Clasificación de los Trastornos Mentales: CIE-10 y DSM-IV. Atlas VPM. España, 2011.
18. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. Brit J Med Psychol. 1989. 62, 61-70.

19. Cruz-Sáez M, Pascual A, Etxebarria I, Echeburúa E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anal Psicol.* 2013; 29(3): 724-733.
20. Pamies L, Quiles M, Bernabé C. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Rev Med Clin (Barc).* 2011; 136(4):139–143.
21. Jáuregui I. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc).* 2011; 136(14):625–626.
22. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment.* 2012; 35(6): 483-49.
23. González-Juárez C et al. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Rev Aten Primaria.* 2007; 39(4):189-94.
24. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura M. Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de buenos aires. Un estudio de doble fase. *Rev Mex de Trastor Aliment.* 2010; 1(1): 48-61.
25. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Rev Psicol PUCP.* 2003; 21(2): 233-269.
26. Montoya SM. Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II – Villa María del Triunfo. [Tesis para Licenciatura]. Lima-Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2012.
27. Altamirano M, Vizmanos B, Unikel. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 30(5): 401-407.
28. Sámano R, Zelonka R, Martínez-Rojano H, Sánchez-Jiménez B, Ramírez C, Ovando G. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Arch Latinoam Nutr.* 2012; 62(2):145-54.

29. Piñeros Ortiz S, Molano Caro J, López de Mesa C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39:313-328.
30. Zambrano R, Colina J, Valero Y, Herrera H, Valero J. Evaluación de hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de Caracas, Venezuela. *An Venez Nutr.* 2013; 26(2): 86-94.
31. Rodríguez-Lazo, M; Hernández-Camacho, J; Bolaños-Ríos, P; Ruiz-Prieto, I; Lobera, I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2015; 32(4):1786-1795.
32. Viteri Toro, ME. Relación entre la percepción de la imagen corporal y hábitos alimenticios en adolescentes escolarizados. [Tesis para Licenciatura]. Ambato–Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
33. Argimon Pallas J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (4ta. Ed.). Elsevier España, Barcelona 2013.
34. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Educación en Alimentación y Nutrición para la Enseñanza Básica. Santiago, Chile, 2003.
35. Gómez del Barrio J, Gaite L, Gómez E, Carral L, Herrero S, Vázquez-Barquero. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria 2010.
36. Uesu Toyohama, AS. Prevalencia de riesgo de transtornos [i.e. trastornos] de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004. [Tesis para Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
37. Herrera C. Ingesta de energía y macronutrientes y prevalencia de síndrome metabólico en adolescentes de una Institución Educativa Estatal de Lima, 2014. [Tesis para Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

38. Herrera Tapia TG. Validez y confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana. [Tesis para Licenciatura]. Lima-Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008.
39. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Story M. Weight Control Behaviors and Dietary Intake among Adolescents and Young Adults: Longitudinal Findings from Project EAT. *J Am Diet Assoc.* 2009; 109(11):1869-77.
40. Alfaro M, Vázquez ME, Fierro A, Rodríguez L, Muñoz MF, Herrero B. Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2016; 18(71): 221-229.
41. Córdoba LG, Luengo LM, Feua S, García V. Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. *An Pediatr (Barc).* 2015; 82(5):338-346.
42. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr Hosp.* 2012; 27(2):391-401.
43. Suárez-Varela M, Ruso C, Micó A, Llopis A. Valoración del patrón alimentario en adolescentes españoles en zona mediterránea y atlántica: un estudio piloto. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2014; 20(3):85-90.
44. Fajardo E, Méndez C, Jauregui A. Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá – Colombia. *Revista Med.* 2017; 25(1):46-57.
45. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Herráez DD, López A et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria.* 2012; 44(1):16-22.
46. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J Adolesc Health.* 2004; 35(5):350-9.

47. Soto A, Cáceres K, Faure M, Gásquez M, Marengo L. Insatisfacción corporal, búsqueda de la delgadez y malnutrición por exceso, un estudio descriptivo correlacional en una población de estudiantes de 13 a 16 años de la ciudad de Valparaíso. *Rev Chil Nutr.* 2013; 40(1):10-15.
48. Álvarez-Malé ML, Bautista I, Serra L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp.* 2015; 31(5): 2283-2288.
49. Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Rev Mex de Trastor Aliment.* 2014; 5(2):115-123.
50. Radilla C, Vega S, Gutiérrez R, Barquera S, Barriguet JA, Coronel S. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2015; 21(1):15-21.
51. López C, Raimann X, Gaete V. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Rev Med Clin Condes.* 2015; 26(1): 24-33.
52. Marín V, Sommer K, Agurto P, Ceballos ML, Aguirre ML. Riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes obesos de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile.* 2014; 142(10):1253-1258.
53. Ortiz LM, Aguiar C, Samudio G, Troche A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge. *Pediatr (Asunción).* 2017; 44(1):37-42.
54. Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, Kelly C. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int.* 2010; 25(3):289-298.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL, LOS OLIVOS 2015

INVESTIGADOR: SALAS RAMOS, HUMBERTO PAOLO

Propósito: Como alumno de la E.A.P. de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un estudio sobre la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de este centro de estudios. Se ha observado que los estudiantes tienen desordenes en su alimentación debido a sus estudios, estrés, autoestima; se busca identificar si existe relación entre su alimentación y trastornos de la conducta alimentaria como anorexia o bulimia.

Objetivos: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria de una institución educativa nacional del distrito de Los Olivos en el año 2015.

Participación: Se entregarán cuestionarios a los estudiantes adolescentes para conocer sus hábitos alimentarios. Además, se entregará un formato de frecuencia de consumo de alimentos para evaluar los alimentos consumidos por el estudiante en el último mes.

Riesgo: El estudio no presenta riesgo a los participantes.

Beneficios: Los resultados del estudio serán entregados a la dirección de la institución educativa, con quien se coordinará charlas a los estudiantes.

Costo de la participación: La participación es gratuita.

Confidencialidad: Toda la información recibida es confidencial, sólo el investigador principal conocerá la identidad de los encuestados.

Requisitos de la participación: Estudiantes adolescentes de 13 a 18 años, hombres y mujeres de 3°, 4° y 5° de secundaria, matriculados en el 2015 y que lleven clases regularmente.

Si usted acepta que su hijo(a) participe del estudio firme el documento como prueba de su consentimiento, lo cual indica su participación voluntaria, si no desea participar puede dejar el documento sin firmar.

Declaración Voluntaria: Luego de ser informado(a) sobre todos los aspectos necesarios relacionados al proyecto, doy mi consentimiento informado para que mi hijo(a) participe voluntariamente en el estudio.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____
NOMBRE DEL HIJO(A): _____

FIRMA

ANEXO Nº 2: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS



CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS



A continuación se te presenta una serie de preguntas diversas acerca de tus hábitos alimentarios. Por favor, no olvides responder todas las preguntas y completar donde sea necesario. ¡Muchas gracias!

FORMA DE PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS	Frecuencia de consumo						Completar
	Rara vez	1-3 veces por mes	1-2 veces semana	3-4 veces semana	5-6 veces semana	Diario	Nº de veces en un día
Horneado							
Sancochado							
Frito							
Guisado							
Crudo con aliño (ensaladas)							
Crudo sin aliño							

	Nº DE COMIDAS AL DÍA		LUGAR DONDE CONSUME SUS COMIDAS	¿CON QUIÉN CONSUME SUS COMIDAS?	
	Marca con un aspa "X" según corresponda		Completar:	Marca con un aspa "X" según corresponda	
Desayuno	Sí ()	No ()		Solo ()	Acompañado ()
Almuerzo	Sí ()	No ()		Solo ()	Acompañado ()
Cena	Sí ()	No ()		Solo ()	Acompañado ()
Entre Comidas	Sí ()	No ()		Solo ()	Acompañado ()

En los últimos 12 meses, ¿Has hecho alguna dieta? (Marcar con un aspa "X")

SÍ () NO ()

¿En qué consistía tu dieta? (Puedes marcar más de una opción con un aspa "X")

- Consumo de alimentos light "bajas calorías" ()
- Evitar comer entre comidas ()
- Consumo (exclusivo) de líquido ()
- Dieta con nutricionista o doctor ()
- Evito comer una comida al día: Desayuno, almuerzo, cena ()
- Tener una sola comida al día ()
- No comer nada/casi nada durante el día ()
- Comer en menos cantidad ()
- Dietas recomendadas en una revista, internet, TV o radio ()

ANEXO Nº 3: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS



ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ años

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Estimado(a) amigo(a) escolar:

Si has consumido algún alimento de la lista **durante el último mes** marca con aspa (x) en el recuadro correspondiente al número de veces que el alimento elegido es consumido (1 a 3 veces al mes, 1 a 2 veces a la semana, 3 a 4 veces a la semana, etc.). Si consumiste más de 5 veces un mismo alimento durante el día, coloca ese número en lugar del aspa (por ejemplo: escribe 8 en lugar del aspa (x) sólo en la última columna. Si no consumiste algún alimento de la lista **durante el último mes** sólo debes marcar con aspa (x) el casillero de "No comí". **¡Muchas Gracias por tu colaboración!**

ALIMENTOS		No Comí	NUMERO DE PORCIONES CONSUMIDAS						
			MENSUAL	SEMANAL			DIARIO		
			1 a 3 al mes	1 a 2 a la semana	3 a 4 a la semana	5 a 6 a la semana	1 al día	2 al día	3 a 4 al día
Lácteos	Leche Evaporada								
	Yogurt								
	Queso fresco								
Carne y Derivados	Huevo de gallina								
	Carne de res								
	Pollo								
	Pescado								
	Hígado								
	Hot dog o Salchicha								
	Jamonada								
	Sardina, Atún en grated								
	Arroz graneado								
	Avena (Quaker), quinua								
Cereales	Choclo								
	Quinua, trigo								
	Fideos								
Harinas	Pan francés								
	Bizcocho, quequito								
	Galletas								
Tubérculos	Menestras (lentejas, etc.)								
	Papa blanca, amarilla								
	Yuca								
	Olluco								
Azúcar	Camote								
	Azúcar rubia o blanca								
	Mermelada/Manjar Blanco								
	Gaseosa, Cifrut, Tampico								
	Frutos, Pulp								
Grasas	Chocolate								
	Aceite vegetal								
	Mantequilla, margarina								
	Mayonesa								
Frutas	Palta								
	Mandarina								
	Manzana								
Verduras	Plátano								
	Verduras frescas, ensaladas								
	Vainitas, brócoli, arvejas								
Otros	Tor-tees, Papitas, Cuates								
	Milo, Nesquik, etc.								

ANEXO N° 4: INVENTARIO SOBRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS



INVENTARIO SOBRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS



Fecha: / /

Código del Encuestador:

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

Sexo: (M) (F)

A continuación se te presenta un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más, luego enciérrela en un círculo marca con un aspa. Por favor, no olvides responder a todas las afirmaciones. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

- ✓ 1 - Nunca
- ✓ 2 - Raras veces
- ✓ 3 - Algunas veces
- ✓ 4 - Muchas veces
- ✓ 5 - Frecuentemente
- ✓ 6 - Siempre

Nº	Afirmaciones	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente mente	Siempre
1.	Me da la impresión de que los chicos(as) que conozco son más delgadas que yo	1	2	3	4	5	6
2.	Siento que me valoro más cuando me veo delgado(a)	1	2	3	4	5	6
3.	Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
4.	Siento angustia al pensar que puedo subir de peso	1	2	3	4	5	6
5.	Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	1	2	3	4	5	6
6.	Me veo gordo(a) a pesar de que los demás dicen lo contrario	1	2	3	4	5	6
7.	Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias	1	2	3	4	5	6
8.	Trato de comer alimentos de pocas calorías	1	2	3	4	5	6
9.	Tomo pastillas para adelgazar	1	2	3	4	5	6
10.	Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
11.	Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	1	2	3	4	5	6
12.	Mastico la comida y luego la escupo	1	2	3	4	5	6
13.	Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	1	2	3	4	5	6
14.	Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	1	2	3	4	5	6
15.	Cuando controlo la comida me siento "dueño(a) del mundo"	1	2	3	4	5	6
16.	Uso laxantes para eliminar peso	1	2	3	4	5	6
17.	Tengo anemia por mis dietas	1	2	3	4	5	6
18.	Hago mucho ejercicio para bajar de peso	1	2	3	4	5	6
19.	Sueño que soy flaco(a)	1	2	3	4	5	6
20.	Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
21.	Siento que los alimentos controlan mi vida	1	2	3	4	5	6

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!